

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educateur :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044405

ND: 37 124

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05463 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEHNANI Nawar

Date de naissance : 24.01.1954

Adresse : Ave. doct. Sijemani Residence Tagzout n° 4  
Casablanca

Tél. : 0647969353 Total des frais engagés : 938,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 06 / 02 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : Jy





<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajima IMAMA Nadia Phare - Résidence Casablanca 2004	06 07 20	415,60
Pharmacie Lahjajima IMAMA Nadia Phare - Résidence Casablanca 2004	11	522,60

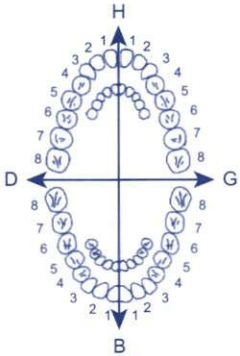
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

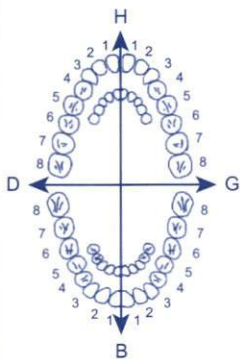
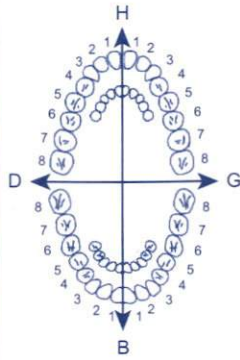
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient DES TRAVAUX
					Montants des soins
					Debut d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div></div><div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div><div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div></div>				Coefficient DES TRAVAUX
					Montants des soins
	<div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div></div>				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
ECG Doppler		250 D.H.		
Cardiologie		850 D.H.		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajma ZEMMAMA Nadia Résidence Taghazout e du Phare - Tél. 05 22 29 35 64 asablanca	27-5-2020	547,30
	02-06-2020	380,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI  
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي  
طبيب القلب

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca

02.06.2020

30m

9. SAHMANI NAÏMA

25500 1) ROUVAS Sm 2x

125,00 2) G. AMAR

Lot n°:  
EXP:  
PPV: 255 DH 00

Alp 20,5 1/24 R

Pharmacie Lahjaïma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél. : 03 22 29 35 64

Pharmacie Lahjaïma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél. : 03 22 29 35 64

Dr. CHOULADI Abdelkalel  
Cardiologue  
50, Rue Mostapha El Maân  
Casablanca

Parasphan®  
PPV 17DH30  
EXP 12/2022  
LOT 98041 5

415,60 Parasphan  
2x eff. x 3 J

sur rendez - vous بالمواعيد

50. زنقة مصطفى المعاني ( مقابل متجر الرياض ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49  
50, Rue Mostapha El Maân - ( en face Centre Riad ) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

**Dr. Abdelkhalek CHOULADI**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux



**الدكتور عبد الخالق شولادي**  
**طبيب القلب**

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
الدورة الدموية وإرتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في : .....

Handwritten notes and signatures, including "Naima" and "EHIMAM".

Handwritten notes and signatures, including "162,60", "186,30", "27,70", "146,100", and "522,60".



**\* VIGNETTE**  
**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 Oujda AZZA Région Rabat

PP. PPV : 87 DH 50



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



16 118001 090280

Ze maphar

Km10, route côtière 111, quartier industriel  
Zenata, Ain Sebâa - Maroc  
ES.5.282.16  
PPC : 146,00 DH  
Complément alimentaire,  
ce n'est pas un médicament.

**Pharmacie ZEMMAMA**

Avenue du Phare - Résidence  
Casablanca - Tél. 05 22 44 35 39

**Pharmacie Lahiajma**  
**ZEMMAMA Nacia**  
Avenue du Phare - Résidence  
Casablanca - Tél. 05 22 44 35 39

**Pharmacie Lahiajma**  
**ZEMMAMA Nacia**  
Avenue du Phare - Résidence  
Casablanca - Tél. 05 22 44 35 39

**sur rendez - vous**

50. زنقة مصطفى المعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49  
50, Rue Mostapha El Mâani - ( en face Centre Riad ) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49